

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mademoiselle KANEVSKY

Contribution à l'Étude

DE LA

PROCIDENCE DU CORDON

Président : M. P. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVÉ & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES ET SCEURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

*Qu'il nous permette de lui exprimer toute
notre respectueuse gratitude, pour le grand
honneur qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de notre thèse, nous sommes heureuse
et fière d'avoir été son élève et nous nous sou-
viendrons toujours de son si clair et si vivant
enseignement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEQUEUX

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

*Qui nous a inspiré l'idée de ce travail et
nous a prodigué ses conseils avec une inlas-
sable bienveillance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS HAYEM,
LE DENTU, POZZI, QUÉNU, CHAUFFARD

MM. LES DOCTEURS MARCEL LABBÉ

ET AUVRAY

Professeurs agrégés à la Faculté de Médecine

*Nous adressons l'expression de notre vive
reconnaissance à M. Marioton, moniteur de
la Clinique Tarnier, pour l'aide qu'il nous a
apportée dans notre travail.*

*Nous exprimons aussi tous nos remercie-
ments à M. Roullier, moniteur à la Clinique
Tarnier.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LIGOT

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine

Qui nous a fait l'honneur de nous adresser ses honoraires pour l'année
1904-1905.

Je vous en remercie de tout cœur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITALS

MM. LES PROFESSEURS HAYAT

Digitized by the Internet Archive
in 2025

MM. LES DOCTEURS MARCEL LAMURE

ET ALIAGA

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Vous m'avez fait l'honneur de nous adresser
vos honoraires pour l'année 1904-1905.
Je vous en remercie de tout cœur.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'assurance de ma haute
et dévouée estime.

Veuillez,

Contribution à l'Étude DE LA PROCIDENCE DU CORDON

Dans notre modeste travail, nous n'avons pas la prétention de résoudre des problèmes nouveaux ; nous nous bornerons à étudier, d'après des observations empruntées à la clinique Tarnier et portant sur les quarante dernières années (1870-1910), quelle est la fréquence de la procidence du cordon, quels facteurs paraissent surtout influencer sur la production de cet accident et quel est le pronostic pour l'enfant, suivant les divers modes de traitement mis en œuvre.

On peut définir (1) la procidence du cordon : la chute du cordon au-dessous de l'anneau de Bandl ou, si l'on veut, sa descente dans le segment inférieur. Mais cette chute peut être plus ou moins complète, selon que le cordon descend franchement au-devant de la présentation, c'est alors la procidence proprement dite ; ou qu'il reste sur les côtés, c'est la latéro-

1. Bar, Brindeau et Chambrelent, *Pratique de l'art des accouchements*, t. II, p. 499.

cidence (Budin); dans d'autres cas, le cordon descend dans la poche des eaux intactes, c'est le procubitus ou la présentation du cordon. Dans notre étude, nous négligerons cette latérocidence et nous n'aurons en vue que la procidence proprement dite.

I

Pendant la période sur laquelle ont porté nos recherches, nous avons relevé 220 cas de procidence du cordon sur 48.164 accouchements, ce qui nous donne une fréquence de 0,45 o/o, soit 1 procidence du cordon pour 218 accouchements.

Si nous nous reportons aux chiffres donnés par divers auteurs et que nous empruntons à un travail de MM. Guérin-Valmade et Guirauden (1), nous voyons :

Mazzoni.....	I	procidence sur 25 accouchements	
Camus.....	I	—	26
Michaelis.....	I	—	37
Stolz.....	I	—	53
Marcorelles.....	I	—	56
Hubert de Louvain...	I	—	69
Gibory.....	I	—	75
Hart.....	I	—	80
Tarnier.....	I	—	86
Guérin-Valmale et Guirauden.....	I	—	114
Nægele et Grenser....	I	—	120
Richter.....	I	—	156
Jacquemier.....	I	—	170
Collins.....	I	—	172

1. Guérin-Valmale et Guirauden, *Étude statistique, etc.* (Montpellier médical, 1902, 2^e année, XIV).

Gregory.....	1	procidence sur	175	accouchements
Varnier.....	1	—	187	—
Churchill.....	1	—	221	—
Merriman	1	—	225	—
Schure.....	1	—	265	—
M ^{me} Lachapelle	1	—	381	—
M ^{me} Boivin.....	1	—	692	—
Bland.....	1	—	1897	—

La proportion trouvée par M^{me} Lachapelle est très faible et il est probable, comme elle le dit elle-même, que des erreurs s'étaient glissées dans ses registres.

Les chiffres trouvés par Schure et Churchill sont très voisins des nôtres. Quant aux autres auteurs, ils ont constaté la procidence du cordon avec une fréquence beaucoup plus grande que nous. Mais ces auteurs n'ont pas spécifié si leurs statistiques comprenaient ou non les latérocidences ; aussi, ne pouvons-nous dire jusqu'à quel point ces divers résultats sont comparables entre eux.

D'autre part, toutes ces statistiques ont été faites dans des maternités où les femmes viennent d'autant plus qu'elles ont lieu de craindre une dystocie quelconque, cause fréquente, nous le verrons, de procidence ; aussi, la fréquence qui ressort de ces statistiques serait peut-être un peu supérieure à la réalité.

ÉTIOLOGIE

Il nous faut maintenant étudier quels sont les différents facteurs qui peuvent influencer sur la fréquence des procidences. Nous savons d'après les travaux de Michaelis, de Bar, de Varnier que, à la fin de la grossesse normale, il y a une adaptation exacte du segment inférieur à la tête fœtale engagée, adaptation telle que le cordon ne saurait s'insinuer entre les deux.

Mais que quelque chose vienne troubler cette adaptation, soit en modifiant les conditions de l'accommodation, soit en faisant obstacle à l'engagement, alors, le cordon pourra trouver un espace libre ou descendre.

Les causes qui peuvent ainsi agir sont dues soit à la mère, soit au fœtus, soit aux annexes fœtales. On peut les résumer dans le tableau suivant.

Causes maternelles	{	<i>Parité.</i> <i>Malformations utérines</i> (ou déviation). <i>Viciations pelviennes.</i> <i>Gémellité.</i>
Causes fœtales	{	<i>Excès de volume.</i> <i>Petitesse.</i> <i>Présentation vicieuse.</i>

Causes ovulaires	{	Hydramnios.
		Rupture prématurée des membranes.
		Insertions vicieuses.
		Longueur du cordon.
Manceuvres obstétricales	{	Version.
		Ballon.
		Abaissement d'un pied.
		Rupture artificielle des membranes.

§ 1. — INFLUENCE DE LA PARITÉ

Si nous recherchons quelle est l'influence de la parité, nous trouvons que sur nos 220 cas de procidence du cordon, 39 fois il s'agissait de primipares (soit 17,72 0/0) et 181 fois de multipares (soit 82,28 0/0), multipares parmi lesquelles nous remarquons particulièrement une femme ayant eu 13 enfants, trois ayant eu 12 enfants, quatre en ayant eu 10 et vingt-trois en ayant eu plus de 5.

Il est donc indéniable que la multiparité prédispose aux procidences. Et en effet, nous savons que chez les multipares, le muscle utérin fatigué, distendu, s'applique beaucoup moins exactement sur la partie fœtale, et, en outre, tandis que chez les primipares, l'engagement est précoce se faisant au cours du huitième mois, chez les multipares, la présentation reste souvent mobile jusqu'au moment de l'accouchement. L'insuffisance de la sangle abdominale, l'éventration qu'on rencontre fréquemment chez les grandes multipares, favorisant l'antéversion exagérée de l'utérus, viendront encore accroître ces facteurs de procidence.

En outre, nous verrons plus loin que les présentations vicieuses influent grandement sur la procidence du cordon, et la multiparité est, nous le savons, une cause de présentation vicieuse.

§ 2. — INFLUENCE DES MALFORMATIONS ET TUMEURS UTÉRINES

Mais si les modifications que les grossesses répétées imposent à la structure de l'utérus peuvent favoriser les procidences du cordon, il y a tout lieu de penser que les malformations utérines congénitales ou pathologiques pourront, elles aussi, ne pas être sans influence sur cet accident et, en effet, nous avons constaté un cas où la procidence avait coïncidé avec un utérus double (il s'agissait il est vrai d'une présentation à l'épaule) et un autre où elle coexistait avec un fibrome de l'utérus.

Mais ce sont là des causes rares : nous avons rencontré chacune d'elles une fois sur 210 cas. Perrossier (1) signale la coexistence d'une procidence du cordon et d'une tumeur utérine une fois sur 93 cas, et Gibory une fois sur 74 cas.

1. Perrossier, *La Procidence et le procubitus du cordon à la clinique Beaudelocque, de 1893 à 1900*. Thèse de Paris, 1900.

§ 3. — INFLUENCE DES VICIATIONS PELVIENNES

Mais il est maintenant un autre facteur maternel qui nous paraît devoir être beaucoup plus important, nous voulons parler des viciations pelviennes. Nous constatons, en effet, sur les 220 cas de procidences que nous avons relevés, 63 rétrécissements pelviens, soit un peu plus de 34 o/o.

Guérin-Valmale a trouvé cette coexistence 6 fois sur 22 cas, soit 27 o/o;

Gibory, 32 fois sur 74 cas, soit 43 o/o;

Varnier, 6 fois sur 27 cas, soit 22 o/o;

Perrossier, 21 fois sur 93 cas, soit 27,7 o/o.

Proportion considérable qui varie selon les auteurs, mais reste toujours supérieure à 20 o/o et dépasse même pour certains 40 o/o. Mais nombreuses sont les causes qui nous paraissent pouvoir favoriser les procidences dans le cas de viciations pelviennes; tout d'abord, et nous retrouverons ce facteur plus loin, elles prédisposent aux présentations vicieuses; mais, en outre, elles prolongent le travail: l'utérus fatigué peut présenter des phases d'inertie et surtout la présentation reste élevée n'obturant pas le détroit supérieur à travers lequel elle ne descend pas; aussi, le cordon trouvera-t-il toute facilité pour tomber au-dessous de la partie fœtale.

§ 4. — INFLUENCE DU VOLUME DE L'ENFANT

Du côté du fœtus, son volume peut influencer sur la production des procidences.

L'enfant est-il trop gros : il se comportera vis-à-vis d'un bassin normal, comme un fœtus normal vis-à-vis d'un bassin rétréci, et si nous comptons comme gros enfants tous ceux dont le poids dépasse 3.500 grammes, nous en trouvons 38 sur nos 220 cas de procidences, soit 17 0/0 et, parmi ces enfants, 11 dépassaient 4.000 grammes.

Si au contraire nous envisageons les fœtus dont le poids est inférieur à la normale, ceux pesant moins de 3.000 grammes, nous voyons que sur nos 220 cas ils sont au nombre de 165, soit 75 0/0, tandis que les enfants de poids normal (3.000 à 3.500 grammes) ne sont que 17 (soit 7,727 0/0).

Chez ces enfants, la présentation trop petite obture mal la filière pelvi-génitale et laisse autour d'elle place pour la chute d'une anse funiculaire.

§ 5. — INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Mais la plupart de ces enfants sont des prématurés ; il nous faut donc aussi rechercher quelle est l'influence d'un accouchement prématuré. Or, nous avons relevé 41 cas de procidence du cordon, au cours

d'accouchements avant terme, soit 18,63 o/o de nos cas de procidence. La proportion trouvée par Guérin-Valmale est notablement plus élevée (50 o/o). Mais, dans le cas d'accouchement prématuré, le faible volume du fœtus n'est pas la seule cause capable de faciliter les procidences ; souvent viennent s'ajouter de nouveaux facteurs, que nous retrouverons d'ailleurs au cours de cette étude : les présentations vicieuses et la rupture prématurée des membranes.

§ 6. — INFLUENCE DE LA GROSSESSE GÉMELLAIRE

Mais à côté de l'accouchement prématuré, il est un autre cas où les fœtus sont, en général, de faible volume (d'ailleurs, le début du travail avant le terme de la grossesse y est presque de règle), nous voulons parler de la grossesse gémellaire.

Nous avons trouvé 12 fois la coexistence de la gémellité et d'une procidence du cordon (soit 5,45 o/o des cas de procidence). Proportion somme toute importante puisque, en France, on ne note guère qu'une grossesse gémellaire sur 100 accouchements. C'est qu'en effet, multiples sont les causes qui, dans ce cas, tendent à modifier le mécanisme normal de l'accouchement : surdistension et inertie utérines, parfois hydramnios, accouchement prématuré, présentations vicieuses et engagement tardif. Mais c'est surtout pour le second enfant qu'existeront ces diverses causes ; il reste mobile dans la cavité utérine

trop grande qui n'a pas eu le temps de revenir sur elle-même et de s'appliquer exactement sur le fœtus ; d'autre part, l'engagement peut être brusque et la présentation chassera devant elle une anse funiculaire flottante.

Dans le cas, très rare et dont nous n'avons pas d'observation à rapporter, de grossesse gémellaire mono-amniotique, on peut voir le premier fœtus entraîner avec lui le cordon du second.

§ 7. — INFLUENCE DES PRÉSENTATIONS VICIEUSES

Nous avons vu que les diverses causes de procidence étudiées jusqu'ici étaient aussi toutes des causes de présentation vicieuse, c'est-à-dire de présentation autre que celle du sommet. Il nous faut donc étudier quelle est l'influence propre de ce nouveau facteur.

Les présentations vicieuses, par leur forme plus ou moins irrégulière sur laquelle le segment inférieur ne saurait se mouler exactement, laisseront des espaces libres à côté d'elles, espaces libres à travers lesquels le cordon pourra d'autant plus facilement descendre que l'engagement sera tardif et la rupture de la poche des eaux souvent précoce.

Nous avons compté 67 cas de procidence du cordon coexistant avec des présentations vicieuses, c'est-à-dire dans 39,45 o/o des cas de procidence, et si l'on se rappelle que les présentations vicieuses

ne sont guère qu'au nombre de 5 ou 6 pour 100 accouchements, on voit combien plus grande est la fréquence des procidences du cordon dans ce cas, que lorsqu'il s'agit de présentation du sommet.

Mais les diverses espèces de présentations vicieuses : face, siège ou épaule, favoriseront à des degrés différents l'accident qui fait l'objet de notre thèse ; chacune doit donc être étudiée en particulier.

A. — *Présentation de la face*

La présentation de la face est loin de présenter la régularité de l'ovoïde de la présentation du sommet. Mais, en outre, le fœtus tout entier étant en hyper-extension, le cordon n'a plus, pour se loger, la cavité formée par la concavité du plan ventral fléchi et fermée en haut et bas par les membres inférieurs et supérieurs croisés en avant ; il descendra donc facilement au-devant de la tête, d'autant plus que l'engagement tardif, la longueur du travail viennent aussi favoriser cette chute à travers les orifices tout préparés par les irrégularités de la présentation.

Cependant, sur 220 procidences, nous n'avons trouvé que 2 cas de présentation de la face ; Guérin-Valmale, sur 287 cas rassemblés dans diverses statistiques, signale également 2 faces. Mais cette proportion qui paraît faible est cependant forte si l'on tient compte de l'extrême rareté de cette présentation (1 cas sur 250 accouchements).

B. — *Présentation du siège*

Dans la présentation du siège, il nous faut envisager deux cas, suivant que le siège est complet ou décomplété mode des fesses. Parmi les procidences du cordon que nous avons retenues, 40 fois il s'agissait de présentation du siège, se décomposant ainsi: 37 sièges complets, 2 sièges décomplétés mode des fesses et 1 siège décomplété mode des pieds.

Nous voyons donc que si dans les cas de procidence du cordon la présentation du siège est assez fréquente (18 0/0), si l'on tient compte que l'enfant se présente par le siège à peu près une fois sur 30 accouchements, dans la presque totalité des cas il s'agit de sièges complets et pourtant nous savons que le siège décomplété mode des fesses est environ deux fois plus fréquent que le siège complet.

Mais le siège complet est une présentation volumineuse, s'engageant tardivement, très irrégulière, fermée par l'extrémité inférieure du tronc d'une part, et d'autre part par les membres inférieurs repliés en avant; entre ces deux parties, il existe des gouttières où facilement une anse de cordon pourra s'engager.

Dans le mode des fesses, au contraire, la présentation est presque aussi régulière qu'une tête fléchie et l'engagement est précoce; aussi, ne doit-on pas être étonné dans ce cas de ne pas rencontrer fréquemment des procidences du cordon.

Quant au mode des pieds, il s'agit là d'une éven-

tualité si rare qu'il serait d'un intérêt minime de rechercher quelle est son influence sur la chute du cordon.

C. — *Présentation de l'épaule*

Il s'agit là d'une présentation éminemment dystocique, puisque, en règle générale, jamais l'accouchement ne pourra se terminer spontanément. Sa forme est extrêmement irrégulière ; l'adaptation exacte de la paroi utérine à la présentation sera impossible ; aussi, de nombreux passages seront-ils ouverts au cordon qui descendra d'autant mieux qu'aucune partie fœtale n'obstrue le détroit supérieur. Nous avons noté 24 fois des procidences dans le cas de présentation de l'épaule, soit 10,40 o/o.

Si nous résumons en un tableau la fréquence des procidences du cordon dans les diverses présentations, nous voyons :

Sommet.....	153 cas, soit 69, 54 o/o
Face.....	3 cas, soit 1, 36 o/o
Siège.....	40 cas, soit 0, 18 o/o
Siège complet.....	37 cas, soit 16, 81 o/o
Siège décompleté mode des fesses...	2 cas, soit 0, 90
Épaule.....	24 cas, soit 10, 90

Mais il faut tenir compte de la fréquence de ces diverses présentations.

Si la présentation du sommet forme 95 o/o des accouchements, nous avons :

- 1 siège sur 30 accouchements.
- 1 siège décomplété sur 45 accouchements.
- 1 siège complet sur 90 accouchements.
- 1 épaule sur 125 accouchements.
- 1 face sur 250 accouchements.

Ce qui revient à dire que la présentation du sommet est sensiblement 30 fois plus fréquente que celle du siège, 15 fois plus que celle de l'épaule et 250 fois plus que celle de la face.

D'après ces données, nous pouvons avoir une idée approximative de ce qu'est la fréquence des procidences du cordon dans chaque présentation.

On peut calculer que c'est proportionnellement le siège complet qui prédispose le plus aux procidences, puis vient ensuite la présentation de l'épaule, puis celle de la face et enfin le sommet et le siège décomplété mode des fesses.

Statistiques (1)	Nombre de cas	Présen- tation du siège	Présen- tation de l'épaule	Présen- tation de la face	Total des présen- tations vicieuses
MARCORELLE.....	71	19	15	1	35
VARNIER.....	27	6	5	0	11
GIBORY.....	74	20	11	0	31
PERRONIER.....	93	20	8	1	29
GUÉRIN-VALMALE.	22	10	2	0	12
TOTAL.....	287	75	41	2	118

On peut diviser les 220 cas que comporte notre statistique personnelle de la manière suivante :

Présentations du siège.....	40
— de l'épaule.....	24
— de la face.....	3

Soit, au total, 67 présentations vicieuses, et qu'on peut comparer avec les résultats de divers auteurs.

Parmi les causes de procidence du cordon que nous venons d'étudier, il en est (gémellité, rétrécissement pelvien ou présentation vicieuse) qui nécessitent souvent une opération obstétricale. Les différents auteurs sont d'accord pour dire que ces interventions ont souvent pour effet de déterminer la descente du cordon. La main introduite dans l'utérus, ou même dans le vagin, agira, en se retirant, comme un piston de pompe et pourra, si la présentation n'est pas engagée, en quelque sorte aspirer le cordon ; tel est le mécanisme qu'on peut invoquer dans les tentatives de réduction des présentations de la face (manœuvres de Thorn, de Pinard), dans les applications de forceps sur une tête élevée au-dessus du détroit supérieur. Mais où cet accident se produira le plus facilement, c'est évidemment dans la version podalique : la main introduite jusqu'au fond de l'utérus pourra très souvent entraîner le cordon avec elle. Il en est de même dans l'abaissement du pied en cas de présentation du siège. Il faut encore citer les applications de ballons (ballons

de Champetier), qui peuvent refouler la présentation et fournir ainsi un passage au cordon.

Une autre manœuvre qui peut, avec la plus grande facilité, déterminer la procidence du cordon, est la rupture artificielle des membranes, mais ce facteur nous paraît devoir être étudié plus utilement, lorsque nous nous occuperons de la rupture spontanée de la poche des eaux.

Dans les observations que nous étudions, nous avons trouvé quelques exemples de procidence qui se sont produits à la suite d'une intervention, mais il nous est impossible d'essayer de fixer avec quelle fréquence intervient cette cause ; en effet, dans nombre de cas, il s'agit de manœuvres tentées en ville, et après échec seulement, les femmes furent amenées à la clinique ; il est alors souvent fort difficile de dire si les procidences sont été le résultat des interventions ou si, au contraire, ces dernières n'avaient pas été tentées en vue de remédier à une procidence préexistante.

I. — *Procidences complexes : procidence des membres et du cordon*

La procidence des membres reconnaît le même mécanisme que la procidence du cordon ; aussi, ne s'étonnera-t-on pas de voir ces deux faits coïncider assez souvent.

Parfois, membres et cordon sont simultanément prolabés ; mais il arrive souvent que d'abord il y ait seulement procidence d'un membre, formant comme

un coin qui écarte le segment inférieur de la présentation, et détermine la formation d'espaces libres par lesquels peut aisément glisser une anse funiculaire. D'ailleurs, pour ces procidences complexes, le pronostic est moins grave, le membre procident formant tampon et empêchant la compression du cordon.

L'étude de la statistique de la clinique Tarnier nous a permis de dresser le tableau suivant :

Nombre de cas de procidence du cordon	PROCIDENCES COMPLEXES						Total
	Cordon 2 membres supérieurs	Cordon 1 membre supérieur	Cordon 1 membre inférieur	Cordon 1 pied 1 main	Cordon 1 main	Cordon 1 pied	
220	{ prés. épaule 2 9 { prés. siège 7	{ p. épaule 4 6 { p. sommet 2	2 (p. épaule)	{ siège 1 2 { face 1	3 (sommet)	{ siège 2 3 { sommet 1	25

Sur nos 220 cas de procidence du cordon, il y avait 25 fois procidence d'un ou plusieurs membres se répartissant ainsi :

Il nous reste maintenant à étudier quelques facteurs liés aux annexes fœtales.

1^o *Excès de liquide amniotique.* — L'excès de liquide amniotique ou hydramnios peut prédisposer à la procidence du cordon et des membres ; car il rend le fœtus plus mobile et favorise les présentations vicieuses, ainsi que la rupture prématurée des membranes.

En outre, au moment de la rupture de la poche des eaux, le liquide sous tension s'échappera avec force,

comme un torrent, entraînant avec lui tout ce qui est mobile : cordon ou membre.

Aussi, rencontre-t-on très fréquemment l'excès de liquide dans les cas que nous avons relevés (obs. VIII, XI). Sur nos 220 observations, l'*hydramnios* existait 14 fois, soit un peu moins de 1 fois sur 15, ou 6,36 o/o. Sur ces 14 cas, il s'agissait 3 fois de procidence complexe (2 fois : cordon et pied et 2 fois : cordon et bras).

GUÉRIN-VALMALE, sur 22 cas de procidence, a relevé 1 cas d'*hydramnios* avec procidence complète et plusieurs fois excès du liquide.

VARNIER, sur 27 procidences, compte 4 cas d'*hydramnios* ; GIBORY, 11 cas sur 74 ; PÉRROSSIER, 4 cas sur 93.

2° *Rupture prématurée des membranes.* — La rupture prématurée des membranes pendant une contraction utérine, la présentation n'étant pas engagée, a pour conséquence l'issue brusque d'un flot de liquide amniotique. Ce flot s'échappant brusquement entraînera aisément le cordon et même les membres par tout espace suffisant laissé libre entre le fœtus et la paroi utéro-vaginale (obs. XII).

Nous devons rapprocher de ces cas ceux où la présentation étant au-dessus du détroit supérieur, l'accoucheur rompt la poche des eaux ; s'il n'a pas soin de modérer l'issue du liquide, le même mécanisme pourra entraîner la descente du cordon.

Sur 220 cas, nous avons rencontré 41 cas de *rupture prématurée des membranes*, soit 1 cas sur 5 environ, exactement 18,5 o/o.

GUÉRIN-VALMALE, a rencontré 12 cas de rupture des membranes sur 22 cas de procidence, soit près de 50 0/0 ; GIBORY, 22 cas sur 74, soit 31 0/0 ; PERROSSIER, 37 cas sur 93, soit 40 0/0.

II. — *Obstacles liés à une insertion vicieuse du placenta*

L'insertion basse du placenta, gênant considérablement l'accommodation et empêchant la partie fœtale de venir s'appliquer sur l'aire du détroit supérieur, est une cause assez fréquente de procidence du cordon ; elle agit d'abord en rapprochant le cordon de l'orifice utérin ce qu'un grand nombre d'auteurs considèrent comme un fait très important, pour expliquer la procidence en cas d'insertion basse du placenta. A cela s'ajoute la rupture prématurée des membranes qui est fréquente dans ce cas.

Sur nos 220 cas de procidences, nous avons rencontré 23 cas d'insertion vicieuse du placenta (7 cas de placenta prævia et 16 cas d'insertion basse), soit près de 1 cas sur 10, exactement 10,40 0/0.

GUÉRIN-VALMALE compte 4 cas d'insertion vicieuse sur 22 cas de procidence ; VARNIER, 4 sur 27 ; PERRONIER, 38 sur 93, GIBORY, 37 sur 74.

III. — *Obstacles liés à une particularité du cordon*

Le cordon peut être trop long, former des circulaires, présenter des nœuds ou avoir une insertion anormale.

1° *Longueur du cordon.* — Alors que certains auteurs, dans la procidence du cordon, incriminent volontiers sa longueur exagérée, Nægele pense que « le cordon est presque toujours assez long pour prolaber ».

Et, en fait, on observe la procidence avec des cordons longs de 26 et 31 centimètres.

Dans toutes nos observations, 24 cordons ont été mesurés et, parmi eux, on a trouvé 11 fois un cordon dépassant 70 centimètres.

2° *Circulaires du cordon.* — Les circulaires pourraient parfois jouer un rôle important ; lorsqu'ils sont serrées autour du cou, ils empêchent plutôt les procidences qu'ils ne les déterminent, mais lorsqu'ils sont lâches ils peuvent, pendant le travail, glisser et descendre au-dessous de la présentation.

Il est vrai que souvent ces circulaires donnent lieu non à la procidence proprement dite, mais à des latérocidences.

Dans la statistique de la clinique Tarnier, nous n'avons relevé aucun cas de circulaires du cordon.

GUÉRIN-VALMALE a relevé 1 cas de circulaire sur 22 procidences, et PERROSSIER 1 cas sur 93.

3° *Nœuds du cordon.* — Les nœuds du cordon peuvent aussi constituer une cause de procidence ; en l'abandonnant ils faciliteraient sa chute.

(Nous n'avons rencontré dans nos observations aucun cas de ce genre.)

4° *Insertion anormale du cordon.* — Les insertions marginales et vélamenteuses du cordon favorisent les

procidences en rapprochant le cordon de l'orifice utérin (obs. XVI); si cette insertion anormale du cordon était associée à une insertion du placenta sur le segment inférieur, la procidence serait presque fatale (Porak, Pinard).

Nous n'avons aucune observation de ce genre à rapporter.

Nous avons examiné les principales causes qui peuvent contribuer à la procidence du cordon. Il est très rare qu'elles interviennent isolément, et le plus souvent on en trouve plusieurs réunies, les unes n'agissant que comme causes favorisantes, tandis qu'une autre sera la cause réelle, déterminante de la procidence; mais il est souvent difficile de déterminer celle à laquelle appartient ainsi le rôle principal.

PRONOSTIC

Nous n'avons pas de pronostic maternel à envisager. Si cet accident du travail a une influence pour la mère, ce n'est que par suite des opérations dont il peut nécessiter la mise en œuvre.

Il n'en est pas de même pour l'enfant et tous les auteurs s'accordent à considérer la procidence du cordon comme un des plus graves accidents qui puisse menacer la vie de l'enfant pendant le travail.

Or, cette gravité sera d'autant plus accentuée que le diagnostic en sera fait plus tardivement ; en effet, si l'on n'intervient pas dès que la procidence s'est produite, le cordon va se trouver fatalement comprimé entre la partie fœtale et les parties maternelles, d'où gêne dans la circulation fœto-placentaire et son arrêt plus ou moins rapide. Ces phénomènes mécaniques se traduisent par des signes de souffrance fœtale, puis par la mort du fœtus ; les bruits du cœur sourds, voilés, sont surtout irréguliers, traduisent des faux pas du cœur fœtal, et sont de fâcheux pronostic. En même temps, les bruits deviennent soit ralentis, soit accélérés, le fœtus traduit sa souffrance par des mouvements désordonnés et quand les

membranes sont rompues, on peut voir sourdre à la vulve du liquide amniotique teinté par le méconium.

Ce pronostic très sombre de la procidence en ce qui concerne les enfants est admis par tous les auteurs.

Si l'on examine le pronostic global, on trouve les chiffres suivants de mortalité fœtale :

Stolz.....	92	0/0
Michaelis.....	70	0/0
Depaul.....	67	0/0
Guérin-Valmale.....	36,5	0/0
Perronier.....	36	0/0
Tarnier.....	34	0/0
Scanzoni.....	50	0/0
Maigrier.....	33	0/0

Parmi les 220 observations que nous avons étudiées, pour 192 seulement le résultat est connu : nous avons 107 fœtus mort-nés, desquels il faut éliminer 7 fœtus macérés, ou morts avant le travail.

Des 85 enfants nés vivants 5 ont succombé quelques jours après l'accouchement ; par conséquent, nous devons ramener la statistique aux chiffres suivants : sur 180 enfants : 100 morts et 80 ayant survécu, soit une mortalité de 65,55 0/0.

Sur 80 enfants vivants, notons que 13 ont dû être ranimés.

Si nous cherchons à établir le pronostic suivant chaque variété des causes, nous trouvons que les

présentations vicieuses jouent un rôle important dans le pronostic. C'est ainsi que sur 24 cas de la présentation de l'épaule nous trouvons 16 enfants morts et 8 enfants vivants (66,6 o/o de mortalité).

La présentation du siège est légèrement plus favorable : sur 37 cas de procidence dans le siège complet, nous trouvons 20 cas d'enfants morts et 17 enfants vivants. Sur 40 cas de présentation du siège complet ou décomplété, nous avons relevé 22 enfants morts et 18 enfants vivants.

Pour 3 cas de procidence dans la présentation de la face, l'enfant est mort dans 2 cas. En résumé, nous aurons :

	Épaule	Siège	Face	Sommet
Morts	16	22	2	62
Vivants . . .	8	18	1	53

soit 40 enfants morts sur 67 présentations vicieuses, soit 59 o/o.

Si nous considérons l'influence du bassin rétréci sur le pronostic fœtal, nous trouvons que sur 63 cas de bassin rétréci nous avons 40 enfants morts et 23 enfants vivants, soit une mortalité de 63 o/o.

Souvent, les causes que nous avons invoquées viennent se surajouter ; et, dans nombre de cas, aux causes tenant à la présentation, vient s'ajouter un

rétrécissement du bassin. A ce sujet, il est intéressant de rappeler une observation rapportée par M. le Dr Maygrier (1). Chez une femme ayant un bassin rachitique, on constata le non-engagement de la tête par suite de l'angustie pelvienne, l'insertion basse du placenta, l'insertion en raquette du cordon.

On voit donc que la procidence est d'un pronostic très assombri dans les cas de rétrécissement du bassin : dans ces cas, il y a obstacle à l'issue rapide de l'enfant, d'où mort beaucoup plus fréquente de celui-ci.

1. Dr Maygrier, *La Procidence du cordon* (*Journal des Praticiens*, 1905, n° 32).

OBSERVATIONS

Année 1894, n° 1051.

Femme âgée de vingt-six ans. Bassin normal. Grossesse actuelle à terme.

Présentation *du sommet*. *Procidence* du cordon qui se produit au moment de la rupture des membranes. Le cordon est entre la tête et la symphyse pubienne.

La rétropulsion est *impossible*. On fait la version sous le chloroforme.

L'enfant est mort-né et pèse 3.330 grammes. Le placenta pèse 550 grammes.

Année 1896, n° 553.

Femme âgée de trente-cinq ans. Bassin rétréci. Multipare.

Présentation *du sommet*; *insertion basse* du placenta. *Procidence du cordon* qui se produit au moment de la *rupture des membranes*. Le cordon est dans le vagin. On tente la *rétropulsion* sans succès; puis version pelvienne par manœuvres internes.

L'enfant est mort-né et pèse 2.520 grammes. Le placenta pèse 560 grammes.

Année 1871, n° 411.

Femme de quarante-deux ans. Bassin normal. Multipare à terme.

Présentation du sommet. *Procidence complexe du bras gauche* et du cordon.

Une *version* est faite en ville sans succès.

A la clinique, accouchement spontané. Eufant mort-né.

Année 1909, n° 604.

Femme âgée de trente-huit ans. Bassin plat rétréci. Diamètre promonto-sous-pubien 10 cm. 9. Multipare à terme.

Présentation du *sommet*. Rupture précoce des membranes. *Procidence* du cordon. *Rétropulsion* sans succès.

Évolution spontanée de l'accouchement. Enfant mort pesant 3.400 grammes.

Année 1906, n° 834.

Femme âgée de dix-neuf ans. Bassin normal. Multipare. Grossesse actuelle à terme.

Présentation du siège. *Procidence* du cordon. On fait la *rétropulsion*. Expulsion spontanée. L'enfant vivant pèse 2.900 grammes.

Année 1909, n° 1777.

Femme âgée de quarante-deux ans. Bassin normal. Grande multipare (IX-pare). Grossesse actuelle à terme.

Présentation du *sommet*. *Procidence* du cordon. *Réduction manuelle* et version podalique. L'enfant naît vivant et pèse 2.790 grammes.

Année 1872, n° 563.

Femme de vingt-neuf ans. *Bassin très vicié* (7 cm., déduction faite). Multipare. Un enfant à terme a été extrait avec céphalotripsie.

Sa grossesse date de huit mois. Après sept douches vaginales, la dilatation étant complète, on rompt les membranes.

(La *procidence* s'est produite avant la dilatation complète et avant la rupture de la poche des eaux.)

Le cordon *pend dans le vagin*, au-dessous de la tête.

Deux applications de forceps ont échoué ; une troisième application permet d'extraire l'enfant.

L'enfant mort pèse 2.350 grammes.

La longueur du cordon est de 60 centimètres.

Année 1880, n° 408.

Femme de vingt-sept ans. Rachitique, ayant un *bassin rétréci* (8 cmc., sans déduction). Réglée à seize ans, irrégulièrement. Primipare. Grossesse actuelle à terme. *Insertion basse* du placenta.

La *procidence* se produit au moment de la rupture des membranes.

Une *version* et une application de forceps ont échoué.

Perforation du crâne et application du *céphalotribe* à deux reprises. Toutes ces opérations sous chloroforme.

L'enfant pesait 2.550 grammes.

La longueur du cordon est de 90 centimètres.

Année 1880, n° 626.

Femme âgée de vingt-huit ans. Bassin rachitique vicié (8 cm. $\frac{3}{4}$, après déduction.) Multipare ; grossesse actuelle à terme.

Présentation du sommet. *Procidence du cordon* qui s'est produite avant la dilatation complète et la rupture des membranes.

On a fait la rétropulsion du cordon à l'aide du porte-cordon de *Schæller*. Une application de forceps sous chloroforme.

Enfant vivant, en bon état, pesant 3.580 grammes.

Cordon long de 65 centimètres.

Année 1880, n° 987.

Femme de dix-neuf ans; bassin vicié (8 cm., déduction faite). Réglée à quatorze ans. Elle est à terme. Le placenta est inséré bas. Présentation du sommet.

On fait une *rupture artificielle* des membranes. *La procidence* du cordon se produit après rupture des membranes, le cordon pend dans le vagin au-dessous de la tête.

Forceps, en ville, sans succès. A la clinique, perforation du crâne et application du céphalotribe à deux reprises, sans succès.

Extraction par le forceps. L'enfant pèse 3.140 grammes.

Le cordon a 62 centimètres.

Année 1893, n° 555. — *Multiparité.*

Femme de quarante ans. *Promontoire accessible*; paroi gauche un peu aplatie: elle a eu huit enfants à terme. Nausées, céphalalgie, odontalgie, oedème des membres inférieurs.

Au moment de la rupture des membranes, *procidence* de la main, du pied et du cordon dans le vagin. *Présentation du siège.*

Traction sur le pied gauche sans résultat. On abaisse le siège en introduisant l'index dans le pli de l'aine: dégage-

ment du bras antérieur, puis du bras postérieur. Manœuvre de Mauriceau.

Enfant mort-né, pesant 4.200 grammes.

Longueur du cordon 55 centimètres.

Année 1873, n° 135. — *Bassin retréci.*

Femme de vingt-cinq ans. Rachitique. *Bassin vicié* (5 cm. 1/2, réduction faite).

Procidence du cordon.

Céphalotripsie.

Fœtus de 2.550 grammes.

Cordon long de 78 centimètres.

Année 1907, n° 1388. — *Grossesse gémellaire.*

Femme de trente-trois ans. II-pare. Bassin normal.

Grossesse gémellaire à terme.

Le premier enfant se présente par le siège.

Procidence du cordon.

Rétropulsion infructueuse.

Accouchement spontané : premier enfant mort, deuxième vivant.

Année 1905, n° 558. — *Siège décomplété mode des fesses.*

Primipare de vingt-cinq ans. Bassin normal. Grossesse à terme. Siège décomplété mode des fesses ; dilatation artificielle.

Procidence du cordon.

Rétropulsion.

Accouchement spontané. *Enfant mort*, pesant 2.830 gr.

Placenta : 530 grammes.

Bonnes suites pour la mère.

Année 1888, n° 710. — *Version pour transformer un siège en sommet. — Brièveté du cordon.*

Femme de vingt et un ans. Bassin normal. Primipare, grossesse de huit mois. Présentation *du siège* ; *version pour transformer cette présentation en sommet par manœuvres mixtes* (quatre doigts dans le vagin sous chloroforme).

Au début du travail se produit une *procidence du cordon*, dans le vagin. Il est accompagné de la main droite ; l'accouchement se termine spontanément par l'expulsion d'un enfant *mort* de 2.200 grammes.

Longueur du cordon 26 centimètres.

Année 1882, n° 343. — *Hydramnios. — Multiparité.*

Femme de quarante-huit ans. Bassin rétréci, 9 centimètres sans déduction. A eu onze enfants à terme (plusieurs forceps.)

Grossesse actuelle à terme. *Hydramnios.*

Le cordon, avant la rupture des membranes, procide au-dessous de la tête.

On fait deux *rétractions* du cordon, séparées par une application de forceps. Une seconde application de *forceps* réussit : on retire un *enfant mort* de 3.080 grammes.

Cordon ombilical de 27 centimètres.

Année 1878, n° 68. — *Rupture prématurée des membranes.*

Femme de vingt-neuf ans. Bassin normal. IX-pare, grossesse à terme.

Présentation de *la face*. *Rupture prématurée des membranes. Procidence* du cordon. Forceps.

Enfant *mort* pesant 3.630 grammes.

Année 1881, n° 441. — *Insertion basse du placenta. — Longueur exagérée du cordon.*

Femme de trente-six ans. Bassin légèrement vicié (8 cm. 1/2, déduction faite).

A eu deux enfants à huit mois et deux à terme.

Grossesse actuelle à terme. *Placenta inséré bas.*

Tentative infructueuse de *version*.

Procidence du cordon, les membranes étant rompues.

Forceps en ville sans succès.

A la clinique, extraction assez facile, par le *forceps* et sous chloroforme, d'un enfant *mort*. Poids : 3.930 grammes.

Cordon : 91 centimètres de long.

Année 1903, n° 1140. — *Rupture artificielle des membranes.*

Il s'agit d'une multipare de trente-neuf ans.

Bassin normal. Grossesse à terme.

On pratique la *rupture artificielle des membranes*. Il se produit une *procidence du cordon*. *Version* par manœuvres internes.

Enfant de 4.150 grammes, en état de mort apparente.

Année 1873, n° 313. — *Grossesse gémellaire. — Insertion vélamenteuse du cordon.*

Femme de vingt-cinq ans. Bassin normal. Réglée irrégulièrement. A eu un garçon au bout de sept mois et demi.

La grossesse actuelle est à son septième mois.

La *procidence* se produit quand la dilatation est complète.

La tête du premier enfant est dans le vagin, en avant ; un pied et le cordon ombilical du deuxième enfant en arrière.

Ce cordon est privé de battements et pend à la vulve, la dépassant de plusieurs centimètres.

Le premier enfant est extrait par application de forceps. Il est vivant et pèse 1.850 grammes ; son cordon a 35 centimètres de long.

Le deuxième enfant est extrait mort ; il pèse 1.350 gr., son cordon a 35 centimètres de longueur.

Les gâteaux placentaires sont séparés par un espace membraneux et les deux cordons ont chacun *une insertion sur les membranes*, à un point encore assez éloigné de leur placenta respectif.

Année 1907, n° 329. — *Sommet et procidence du cordon.*

Femme de vingt et un ans. Bassin rétréci. Multipare. A terme. *Rétropulsion. Version par manœuvres internes.*

Enfant mort de 2120 grammes.

Année 1907, n° 683. — *Sommet et procidence du cordon réduit.*

Femme de trente-huit ans. Bassin normal. Multipare. A terme.

Accouchement spontané. Enfant vivant de 3.310 grammes.

Année 1907, n° 1034. — *Sommet et procidence du cordon.*

Femme de vingt-neuf ans. Bassin normal. A terme. On fait la *rétropulsion manuelle*. Enfant vivant de 3.000 gr.

Année 1907, n° 1032. — *Présentation du siège et procidence du cordon.*

Femme de vingt ans. Primipare. Bassin normal. A terme.

Évolution spontanée. Enfant mort, présentant des *malformations multiples*. Poids inconnu.

Année 1907, n° 1083. — *Sommet et procidence du cordon.*

Femme de trente-deux ans. Bassin normal. Multipare.

A terme. *Hémorragie rétroplacentaire.*

Enfant mort de 1.500 grammes. Placenta 850 grammes.

Année 1908, n° 202. — *Sommet et procidence du cordon.*

Une femme de vingt ans. Secondipare.

Bassin rétréci par rachitisme. Diamètre promonto-sous-pubien : 10 cm. 9.

Promontoire accessible. A terme.

Rupture artificielle des membranes.

Version par manœuvres internes.

Enfant vivant de 3.550 grammes.

Année 1908, n° 388.

Une femme de trente-neuf ans, multipare, bassin normal.

Grossesse gémellaire, bivitelline.

Premier enfant : sommet; deuxième : *épaule*. *Procidence du cordon*, d'une main et d'un pied.

Version par manœuvres internes.

Les enfants sont vivants, en bon état : fille de 2.700 gr., garçon de 2.300 grammes.

Année 1908, n° 1120. — *Sommet et procidence du cordon.*

Une femme de vingt-sept ans. Bassin rétréci. III-pare. A terme.

Rupture des membranes précoce.

Bassin plat. *Procidence du cordon sans accident.*

Enfant vivant de 2.890 grammes.

Année 1909, n° 456.

Une femme de vingt-huit ans. Primipare. Grossesse gémellaire (premier : sommet ; deuxième : sommet) univitel-line. A terme. Bassin normal.

Premier enfant : inertie utérine, souffrance fœtale, présentation du front, application de forceps.

Dégagement en occipito-sacrée.

Deuxième enfant : *rupture artificielle des membranes.*

Procidence du cordon. Version.

Enfants vivants.

Premier : 2.200 grammes.

Deuxième : 2.370 grammes.

CONCLUSIONS

ÉTIOLOGIE

1° La procidence du cordon se produit surtout en l'absence de l'accommodation parfaite de l'utérus sur la présentation ;

2° Tout obstacle gênant l'accommodation utérine pourra être la cause d'une procidence du cordon ;

3° Ces obstacles proviennent soit de la mère, soit du fœtus, soit des annexes fœtales.

a) Du côté de la mère peuvent agir, pour provoquer la procidence du cordon :

1° La multiparité ;

2° Une malformation utérine ;

3° Une tumeur utérine ;

4° Une viciation pelvienne ;

5° Une anomalie de contraction ;

b) Du côté du fœtus :

1° Volume du fœtus ;

2° Grossesse gémellaire ;

3° Présentations vicieuses.

c) Du côté des annexes :

1° Hydramnios ;

2° Rupture prématurée des membranes ;

3° Insertion vicieuse du placenta ;

4° Longueur exagérée du cordon ;

5° Nœuds ou circulaires du cordon ;

6° Insertion vélamenteuse du cordon.

Enfin, les causes ne s'excluent pas ; elles se combinent souvent. Parfois, l'accoucheur lui-même pourra, par une manœuvre obstétricale, provoquer une procidence du cordon (rupture artificielle des membranes, application de ballons, version ou abaissement d'un pied, forceps au détroit supérieur).

PRONOSTIC

1° Le pronostic maternel dans les cas de procidence du cordon a peu d'intérêt. Il n'est influencé que par les interventions que l'on est amené à pratiquer ;

2° Le pronostic pour l'enfant est fort sombre :

a) La mortalité globale est de 65,55 o/o ;

b) Cette mortalité peut être légèrement abaissée (56 o/o) par l'emploi des manœuvres appropriées ; elles ne sont pas toujours possibles, mais même lorsqu'elles ont pu être menées à bonne fin.

3° La procidence du cordon est une dystocie

grave; il est difficile de donner, comme supérieur à tous les autres, tel ou tel mode de traitement, bien que ce soit la simple rétropulsion qui semble avoir le plus de succès à son actif.

Vu: le Président de la thèse,

P. BAR

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- 1 MAZZONI. — *Statistica ostetrica di Santa Maria Nuova de Florence*, 1833.
- 2 CARUS, in MARCORELLES. — Thèse de Paris, 1870.
- 3 MICHAELIS, in CAZEAX. — *De l'Art des accouchements*. Paris, 1858, p. 667.
- 4 STOLZ, in RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*, 1897.
- 5 MARCORELLES. — Thèse de Paris, 1870.
- 6 HUBERT. — *Ann. Soc. Méd.* Gand, 1843.
- 7 GIBORY. — Thèse de Paris, 1893.
- 8 HART. — *Dublin hospital reports*, 1887, vol. V, p. 495.
- 9 TARNIER. — *Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, art. *Cordon ombilical*, 1868.
- 10 NÉGELE et GRENSER. — *Traité pratique de l'art des accouchements*. Trad. Aubenas. Paris, 1869, p. 563.
- 11 RICHTER. — *Synopsis praxis medico-obst.*, p. 416.
- 12 JACQUEMIER. — *Manuel d'accouchements*, 1846.
- 13 COLLINS, in CAZEAX. — *Loc. cit.*
- 14 GREGORY. — *Dublin hospital reports*, 1828, vol. V, p. 577.
- 15 VARNIER. — *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.* Paris, 1890.
- 16 CHURCHILL, in CHARPENTIER. — T. II, p. 522.
- 17 MERRIMAN, in MARCORELLES. — *Loc. cit.*
- 18 SCHURÉ. — Thèse de Strasbourg, 1835.

- 19 LACHAPELLE (M^{me}). — *Pratique des accouchements*. Paris, t. III, p. 114.
- 20 BOIVIN (M^{me}), in MARCORELLES.
- 21 BLAUD, in MARCORELLES.
- 22 GUÉRIN-VALMALE et GUIRAUDEN. — *Montpellier médical*, 1902, livre 14 et 15. Étude statistique des cas de procid. du cordon ombil. de la clin. obst. de Montp.
- 23 PERROSSIER. — Thèse de Paris, 1900.